

DES ABCÈS

DU

SEPTUM URÉTRO-VAGINAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Avril 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALEXANDRE CALAVASSY

Né le 26 Décembre 1859, à Constantinople (Turquie)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Mars 1894

DES ABCÈS

DU

SEPTUM URÉTRO-VAGINAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Avril 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALEXANDRE CALAVASSY

Né le 26 Décembre 1859, à Constantinople (Turquie)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{	OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales		PIERRET.
Physique médicale		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.		LORTET.
Anatomie.		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne.		TEISSIER.
Pathologie externe.		BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER.
Médecine opératoire.		POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING.
Médecine légale.		LACASSAGNE.
Hygiène		ROLLET.
Thérapeutique.		SOULIER.
Pharmacie.		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. POLLOSSON (M.), Assesseur; MM. AUGAGNEUR et GANGOLPHE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES FRÈRES JOSEPH ET PAUL

A MA SŒUR BÉRÉNICE

A MA MÈRE

A MES AUTRES FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PONCET

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ V. AUGAGNEUR.

A MES MAÎTRES DE BEYROUTH

PRÉFACE

Nous devons à la bienveillance de M. Victor Augagneur, agrégé à la Faculté, chirurgien en chef de l'Antiquaille, les trois observations qui servent de base à cette modeste étude des abcès aigus et chroniques du septum urétro-vaginal.

Nous n'avons certes pas la prétention d'avoir épuisé la question, ou donné la solution de tous les points du problème complexe et peu étudié des abcès du septum urétro-vaginal. Notre seule ambition est d'attirer l'attention sur des faits généralement ignorés, et cependant intéressants et comportant des conséquences importantes.

Des observations de l'affection qui nous occupe ont été publiées à l'étranger ; à ces observations, nous joignons celles qui sont relatées par les auteurs français ; en outre, nous discutons quelques autres faits, qui, à nos yeux ont été mal interprétés ; enfin, après avoir donné la description clinique de l'affection, nous traitons, dans un chapitre spécial, la pathogénie qui n'est pas la partie la moins difficile de notre tâche.

Avant d'ouvrir notre introduction historique, nous sentons le besoin d'offrir ici publiquement à notre éminent maître, M. le professeur Lépine, l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Nous ressentons vivement l'honneur que nous a fait notre maître, M. le professeur Poncet, en daignant accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'accepter tous nos remerciements.

Nous ne terminerons pas cette préface sans remercier chaleureusement notre maître, M. le professeur agrégé Victor Augagneur, qui nous a toujours accueilli avec bienveillance ; nous conserverons avec plaisir le souvenir de son enseignement au lit du malade : enseignement si pratique et si plein d'intérêt. Que M. Augagneur reçoive ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous adressons aussi nos remerciements à tous nos maîtres de la Faculté dont nous avons recueilli l'enseignement, sans oublier ceux de la Faculté de Beyrouth qui ont dirigé nos premiers efforts dans l'étude de la médecine et dont nous avons gardé le meilleur souvenir.

Nous prions aussi, tous ceux qui de près ou de loin nous ont prêté leur affectueux concours — qui nous a été précieux — de recevoir nos remerciements.

Nous diviserons notre travail comme il suit :

INTRODUCTION. *Historique.*

CHAPITRE PREMIER. *Anatomie de l'urètre et de la cloison uréthro-vaginale.*

CHAPITRE II. *Définition et Etiologie.*

CHAPITRE III. *Symptômes et Pronostic.*

CHAPITRE IV. *Diagnostic et Traitement.*

CHAPITRE V. *Pathogénie.*

OBSERVATIONS.

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

DES ABCÈS

DU

SEPTUM URÉTRO-VAGINAL

INTRODUCTION

Historique.

L'abcès du septum uréthro-vaginal est, si l'on en juge par le silence fait autour de la question dans tous les ouvrages ayant trait aux maladies des organes génitaux de la femme, une affection rare ou tout au moins peu observée, peut-être pourrait-on dire mal observée.

Il est difficile d'admettre que les abcès de la cloison uréthro-vaginale, dont pas mal d'observations ont été publiées ces dernières années, surtout par les auteurs étrangers, aient échappé à l'investigation des auteurs français. Nous croyons que nombre d'affections de l'urètre de la femme ayant des caractères analogues à la lésion dite, abcès de l'urètre, ont été étudiées et décrites sous des noms différents, selon que l'abcès était aigu ou chronique, alors qu'ils ne constituaient qu'une même affection prise à un moment différent de son évolution clinique.

En France, c'est à M. Huguier que revient l'honneur d'avoir signalé le premier les abcès de la cloison urétro-vaginale. Dans un mémoire lu à la Société de chirurgie de Paris en 1847, et traitant des kystes profonds du vagin, il signale un cas d'abcès, sous-urétral ; ce cas fait l'objet de notre observation VI. Depuis cette date jusqu'en 1867, il ne fut publié aucun cas. Vers cette époque, Hamilton publia un second qu'il intitule : abcès du septum urétro-vaginal ; enfin, en 1870 fut publié le cas de Cory dans les *Obstetrical Transactions*, puis celui de Lawson Tait dans *The Lancet* ; puis vinrent les observations de Herman de Gervais, de Thornton toutes publiées dans le *British medical Journal*. La même année, M. le D^r Labusquière, faisant le compte rendu de ces observations, en publia une nouvelle dans les *Annales de Gynécologie*, 1886. En 1890, Armand Routh, dans un mémoire qu'il intitule : *Des Diverticules urétraux*, publie trois nouveaux cas personnels corroborés par d'autres ; en dernier lieu viennent les trois observations inédites que M. le professeur agrégé Victor Augagneur a bien voulu nous communiquer.

Cependant il suffit de jeter un coup d'œil sur les principaux ouvrages de gynécologie, pour s'assurer qu'il n'est fait mention nulle part des abcès du septum urétro-vaginal. Nous prenons au hasard les plus importants, et nous voyons que ni M. Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie pratique et opératoire*, Paris, 1892, ni A. Auvard, dans son *Traité pratique de Gynécologie*, Paris, 1892, ni Aug. Martin, dans son *Traité pratique des maladies des femmes* 2^e édition allemande, traduction de Il. Varrier et Fr. Weiss, ni aucun autre auteur classique ne di-

sent un mot de ces abcès, et il semble même que ces auteurs, qui sont les plus compétents en matière gynécologique, ne se doutent pas de l'existence de ces abcès.

Il ressort de cette courte analyse, qu'à part les observations éparses en des mémoires, observations que nous publions dans ce travail, aucun auteur classique n'a traité ni signalé le sujet.

Avant d'aborder la description clinique des abcès du septum urétro-vaginal, il nous a paru utile de donner un aperçu sommaire de l'anatomie de l'urètre de la femme et du septum urétro-vaginal. Connaissant bien la constitution intime de cette région, on en comprendra mieux les lésions pathologiques.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie de l'urètre et de la cloison urétro-vaginale

L'urètre de la femme représente l'urètre postérieur de l'homme, il est situé sur la ligne médiane, contre la paroi antérieure du vagin. Sa direction est rectiligne chez quelques femmes; chez la plupart, il décrit une légère courbure à concavité antéro-postérieure.

Le col, d'après Etienne, est situé plus bas que chez l'homme, il est à peu près à la hauteur du bord inférieur de la symphyse à une distance variable de celle-ci. Le col et le canal sont très mobiles, et de situation variable, suivant les sujets; Etienne a trouvé le méat, tantôt à 3 millimètres au-dessous de l'horizontale pubienne, tantôt à 22 millimètres.

Le calibre est généralement évalué à 7 ou 8 millimètres; les mêmes difficultés existent dans sa mensuration que chez l'homme. Ce calibre n'est pas uniforme : « rétréci au niveau du méat, il s'élargit ensuite graduellement jusqu'à 8 ou 10 millimètres du col vésical où il se rétrécit beaucoup ». (Richet.)

La longueur a été estimée de différentes façons, suivant les auteurs. M. Tillaux l'évalue de 25 à 30 millimètres.

Rapports. — On distingue à l'urètre deux faces et deux extrémités.

La face antérieure de l'urètre répond au bulbe et au constricteur du vagin, qui le sépare du pubis. La face postérieure repose sur du *tissu cellulaire contenant des glandes en grappes* dont les orifices s'ouvrent dans la partie moyenne de cette face de l'urètre (Tillaux), ce tissu cellulaire et les glandes qui s'y trouvent ainsi que les veinules qui rampent dans ce tissu *forment le septum urétro-vaginal*.

L'orifice postérieur est irrégulièrement circulaire.

L'orifice antérieur au méat est circulaire et lisse dans sa moitié supérieure, hérissé de villosités dans sa demi-circonférence inférieure (Sappey).

Il s'ouvre dans le vestibule immédiatement au-dessus du tubercule qui termine en avant la colonne de la paroi supérieure du vagin.

La surface interne de l'urètre possède une coloration d'un blanc cendré; elle offre des plis longitudinaux et de petites orifices en séries linéaires et tournées en avant.

Structure. — L'urètre de la femme se compose de trois couches et des glandes et follicules qui lui sont annexés.

Ces couches sont :

1° Une couche externe des fibres musculaires striées circulaires ;

2° Une couche moyenne de fibres lisses longitudinale ;

3° Une muqueuse ;

4° Des glandes, qui sont, les unes des follicules simples ou bilobés, les autres de véritables glandes en grappes (Robin et Cadiat).

La couche folliculo-glandulaire étant la seule qui nous intéresse, c'est celle-ci que nous allons décrire.

Cette couche folliculo-glandulaire peut être divisée en :
A. Follicules péri-urétraux ou prostates ; B. Follicules intra-urétraux.

A. *Follicules péri-urétraux*. — Dans l'urètre de la femme, existent de nombreuses lacunes glandulaires, plus développées à mesure qu'on se rapproche du méat, elles peuvent devenir le siège d'abcès.

A sa partie moyenne, le méat offre une saillie médiane ; de chaque côté de cette saillie se trouvent deux glandules qui, lorsqu'elles sont enflammées, par une cause quelconque, peuvent donner lieu à un abcès péri-urétral.

En dehors du méat et sur les parties latérales, on voit les orifices de deux conduits glanduleux, plus larges que les précédents ; ce sont précisément ces conduits qui ont été décrits par Astruc sous le nom de prostates, et dont le véritable rôle a été si bien entrevu par M. A. Guérin.

Les follicules péri-urétraux sont situés presque symétriquement de chaque côté du méat, à 3 ou 4 millimètres de son bord, et sur le trajet d'une ligne horizontale ; plus souvent cependant, ils sont situés au fond, de sortes de lacunes placées de chaque côté de la partie inférieure du vestibule. Leur longueur est variable ; tandis que parfois on peut, comme le dit M. A. Guérin introduire un stylet très fin, à la profondeur de 1 centimètre, il est d'autres cas, où le stylet ne pénètre que de 4 à 5 millimètres, ou même ne peut pénétrer d'aucune façon dans le conduit. Cela dépend de ce que la disposition des follicules n'est pas celle d'un tube dont les parois sont lisses ; on a reconnu au contraire que ces parois étaient tapissées de

quelques rares dépressions, petites lacunes, ouvertures glandulaires, dirigées dans le sens de l'orifice du follicule lui-même, et dans lesquelles, l'extrémité du stylet peut venir se buter et s'arrêter, de même que les petites sondes dans l'urètre de l'homme peuvent être arrêtées parfois, par l'orifice des glandes qui en tapissent les parois.

B. *Follicules intra-urétraux*. — Les follicules intra-urétraux sont pour la plupart des glandes en grappes, leur siège principal est la partie moyenne de la paroi inférieure de l'urètre; *l'inflammation de ces glandes et du tissu cellulaire péri-glandulaire formerait d'après nous les abcès du septum uréthro-vaginal*. A côté de l'orifice des glandes en grappes, on observe de petites dépressions ou lacunes dont le fond et l'orifice sont occupés par des follicules uni- ou bilobés, ces lacunes ont été prises très souvent pour des sinus (Quenu et Picqué, art. URÈTRE, *Dict. des sciences médicales*).

Suivant Tompson, les glandes en grappes sont surtout très nombreuses à la partie moyenne de la paroi inférieure de l'urètre, on remarque en outre un grand nombre de petites cryptes dans lesquelles s'ouvrent de nombreux follicules. La muqueuse du canal est constituée comme toutes les autres muqueuses par une trame de tissu conjonctif et de fibres élastiques. L'épithélium qui la recouvre est formé de cellules polyédriques dont les plus superficielles, suivant MM. Robin et Cadiat, sont prismatiques (*Journal d'anatomie et de physiologie*).

Telle est, en résumé, la description sommaire du canal de l'urètre chez la femme; nombre de particularités nous seront très utiles pour l'explication de l'affection qui nous occupe.

CHAPITRE II

Définition et Etiologie.

Définition. — Les abcès du septum uréthro-vaginal sont caractérisés par leur développement aux dépens des follicules intra-urétraux avec inflammation du tissu cellulaire périfolliculaire.

Etiologie. — Les facteurs étiologiques des abcès du septum uréthro-vaginal sont multiples ; un grand nombre peuvent être tour à tour invoqués.

Ce sont : l'âge. Ce facteur se rencontre dans presque toutes nos observations ; seuls, les cas de Huguier (dix-sept ans), et Augagneur (vingt-quatre ans), font exception ; dans toutes les autres, les sujets sont âgés de trente à cinquante ans.

La grossesse et l'accouchement jouent également un rôle prépondérant : les accouchements laborieux, ceux qui ont nécessité une intervention quelconque, surtout application de forceps ou de tout autre instrument, sont les plus puissantes causes de la formation de ces abcès.

A côté de ces causes principales, on peut en admettre d'autres, qui, pour être secondaires, n'en sont pas moins importantes : ce sont : les kystes du vagin (Huguier) ; les corps étrangers de l'urètre.

Les rétrécissements de l'urètre sont presque la seule cause d'abcès périurétraux chez l'homme; chez la femme, les rétrécissements sont très rares; néanmoins, on en a observé d'assez nombreux cas. Ils peuvent donner lieu, comme chez l'homme, à un abcès sous-urétral.

Les traumatismes directs, les excès vénériens et la masturbation agissent de la même façon, ils créent un endroit de moindre résistance, où les microbes colonisent.

La blennorrhagie, surtout lorsqu'elle est ancienne, rend le canal de l'urètre rigide, par suite, les causes citées plus haut peuvent agir sur lui par tiraillement et produire de petites éraillures par lesquelles les microorganismes pyogènes pénètrent.

CHAPITRE III

Symptômes et Pronostic

Le plus souvent, ces abcès donnent lieu à une série de troubles douloureux et fonctionnels, très importants à connaître, et tout à fait hors de proportion avec le petit volume de l'abcès et sa bénignité.

Les symptômes sont variables, selon que l'abcès est aigu ou chronique. Nous décrirons successivement les abcès aigus et les abcès chroniques ; ces derniers ne nous occuperont pas beaucoup.

Abcès aigus. — Pour la commodité de l'étude, nous diviserons leur symptomatologie en : *a)* signes physiques, *b)* symptômes fonctionnels.

a) Signes physiques. — Très souvent, le début est caractérisé par une sensation de tension et de pesanteur, que la femme éprouve vers les organes génitaux, puis surviennent des douleurs locales et irradiées ; d'autres fois, chez une femme très bien portante jusqu'alors, on observe une tumeur à l'orifice vaginal, tumeur douloureuse à la pression et spontanément, ce qui engage la femme à consulter un médecin.

A l'examen on trouve une tumeur implantée sur la paroi postérieure de l'urètre, elle est située sur la ligne

médiane et fait corps avec l'urètre. Le volume de cette tumeur peut varier d'une noisette à celui d'un œuf de poule. Elle est recouverte par la paroi vaginale saine, mais qui peut être rouge, chaude, ramollie et très sensible (obs. V).

Le doigt introduit dans le vagin peut contourner facilement la tumeur. Le cul-de-sac antérieur est toujours libre.

La pression de la tumeur contre l'arcade du pubis, par le doigt introduit préalablement dans le vagin, réveille tantôt un simple prurit douloureux, tantôt de fortes douleurs, et quelquefois une sensibilité tellement exquise, que cet attouchement arrache des cris à la malade.

La fluctuation est toujours nette, et c'est le signe qui fait constater la pression, lorsque l'ouverture spontanée, qui se fait toujours dans l'urètre, n'a pas eu lieu. Plus tard, lorsque l'ouverture spontanée s'est produite, outre le soulagement immédiat qui survient, la pression exercée sur la tumeur fait sourdre du pus par l'orifice urétral ; pus qui peut être jaune, crémeux ou brunâtre, lorsqu'il provient d'un hématome suppuré. Ce pus est toujours fétide.

L'urètre est généralement indemne, mais l'inflammation peut se propager jusqu'à cet organe ; il devient œdématisé et le méat est à peine visible. Une sonde parcourt facilement tout le canal et arrive sans grandes douleurs dans la vessie ; la sensation d'obstacle vaincu se rencontre très rarement.

Au début de l'affection, les urines sont normales, mais plus tard, elles peuvent devenir troubles, alcalines, et laisser déposer du mucus et des globules rouges.

Les petites et les grandes lèvres ainsi que la fourchette

sont généralement intactes, à moins de coïncidence d'autres affections (obs. XIII).

b) *Symptôme fonctionnel*. — Ces symptômes peuvent se diviser en deux catégories, suivant qu'ils ont trait à l'appareil génito-urinaire ou aux autres appareils.

Appareil génito-urinaire. — Spontanément, des douleurs vives et lancinantes à la région vulvaire. A ces douleurs se joignent des troubles de la miction, caractérisés par des envies fréquentes d'uriner, par de la gêne et de la difficulté, par du ténesme avec sortie involontaire des urines, parfois par une rétention complète ou de l'incontinence.

La vessie devient irritable et la miction s'accompagne de dysurie. La miction comme tout autre effort réveille les douleurs. La marche, quelquefois la station assise réveillent les douleurs et rendent ces actions impossibles; elles engagent la femme à se tenir constamment couchée.

Le coït est rendu impossible, car il provoque de telles douleurs, que la malade ne veut jamais s'y soumettre.

Autres appareils. — Des douleurs vagues dans l'aîne, l'hypogastre et l'abdomen, surtout après la marche et les fatigues. La persistance des douleurs et leur répétition, peuvent provoquer des convulsions et entraîner un état d'éréthisme nerveux permanent.

A côté de ces troubles que nous venons de décrire, et qui sont relativement bénins, on peut en observer d'autres, qui sont beaucoup plus sérieux et caractérisés par un état général mauvais, amaigrissement, vomissement incoercibles (ob. II) pouvant entraîner des conséquences très graves.

La soif, la perte de l'appétit et la céphalée (obs. I) que

l'on rencontre quelquefois peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic préjudiciables aux malades. Exceptionnellement on peut rencontrer des malades présentant de la congestion de la face; un air anxieux, un léger délire. Dans ces cas, les commémoratifs mettent sur la voie du diagnostic.

Abcès chroniques. — Ils sont caractérisés, par leur évolution lente, par leur indolence et par leur longue durée. Tantôt l'abcès se présente sous forme d'une tuméfaction de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule, dure, rénitente, peu fluctuante, ne se modifiant pas par la pression; tantôt sous forme de poche mollassse, franchement fluctuante et se vidant par la pression digitale, le liquide qui s'écoule est franchement purulent, d'autres fois il est séro-purulent.

Très souvent la tumeur fait saillie à la vulve; d'autres fois elle est cachée par les grandes lèvres.

Les troubles auxquels donnent lieu ces abcès sont peu accentués, la femme a plutôt une sensation de gêne que de vraie douleur; fréquemment le coït et la station assise sont douloureux.

Dans un seul cas, M. Duplay a observé des douleurs sous forme de crises.

CHAPITRE VI

Diagnostic et Traitement.

Diagnostic. — On doit différencier les abcès du septum : 1° de l'urétrocèle ; 2° des kystes du vagin ; 3° de la folliculite blennorragique.

1° *Urétrocèle.* — Piedpremier ¹, dans sa thèse inaugurale, donne la définition suivante de l'urétrocèle, d'après Duplay : dilatation de la paroi inférieure de l'urètre chez la femme et sa hernie dans le vagin ; il ajoute, que la véritable urétrocèle est celle dans laquelle la paroi urétrale, simplement dilatée, bombe dans le vagin sans qu'aucune de ses tuniques ait subi une solution de continuité.

Par suite, l'urétrocèle diffère d'un abcès du septum uréthro-vaginal en ce qu'elle se présente en forme de poche communiquant avec l'urètre, se vidant par la pression, et se remplissant de nouveau par la miction. Lorsque l'urétrocèle s'est enflammée et sécrète du pus, le seul signe qui permet de le différencier, est tiré des commémoratifs ; la notion que la malade a eu un abcès dans cette région, confirme le diagnostic ; d'ailleurs, l'examen histologique

¹ Piedpremier, thèse, Paris, 1887.

permet de dire si l'on a affaire à la paroi urétrale ou à celle d'un abcès.

L'urétrocèle doit communiquer largement avec l'urètre et la pression vaginale doit la faire disparaître (Follin et Duplay).

2° *Kystes du vagin*. — Les kystes du vagin sont ou superficiels ou profonds. Les superficiels siègent généralement sur la paroi inférieure du vagin et près de son orifice; ils sont multiples, indolents et du volume d'une noisette; leur contenu est liquide, filant et visqueux: ils n'ont aucune tendance à la suppuration; mais si, coïncidence rare, ils siègeaient à la paroi supérieure du vagin, et venaient à suppurer, l'ouverture spontanée se ferait dans le vagin.

Les kystes profonds peuvent siéger sur la paroi supérieure du vagin; le plus souvent multiples, ils sont sessiles au début et se pédiculisent à mesure qu'ils augmentent de volume; mobiles et indolents, s'ils s'enflamment, comme les superficiels, ils n'ont aucune tendance à s'ouvrir dans l'urètre.

3° *Folliculite blennorragique*. — Elle apparaît au cours d'une blennorragie aiguë. Dans la plupart des cas, l'urètre, le vagin, et quelquefois l'utérus sont le siège d'écoulements blennorragiques; enfin dans le cas du folliculite simple chronique, ce sont les follicules uni- ou bilobés qui sont envahis; l'abcès est du volume d'un pois ou d'une petite noisette; de plus ils sont multiples.

Traitement. — Le traitement est chirurgical: il faut ouvrir l'abcès le plus tôt possible et ne pas attendre que la fluctuation soit très apparente, car plus on ouvre tôt, et plus on a de chance d'éviter l'ouverture dans l'urètre.

Si l'ouverture spontanée a eu lieu dans l'urètre, comme c'est la règle dans ces abcès, on ne doit jamais chercher la réunion immédiate, car l'urine, pénétrant par l'orifice urétral, crée une poche immense dont la guérison est extrêmement lente et quelquefois impossible. Cette condition est remplie par l'ouverture spontanée de l'abcès, et forme alors les abcès chroniques observés par M. V. Augagneur.

Si on voulait différer l'ouverture de l'abcès, on pourrait essayer du traitement abortif et calmant : cataplasmes laudanisés et belladonnés, avec application d'onguent napolitain (obs. I). Mais, nous le répétons, il faut ouvrir le plus tôt possible, car l'incision soulage immédiatement la malade et met un terme à des douleurs souvent très vives, et la fièvre tombe dès l'ouverture de l'abcès (obs. V).

On peut employer indistinctement le thermo-cautère ou le bistouri. L'incision est faite sur la ligne médiane et doit intéresser toute la tumeur. Les soins consécutifs sont : les lavages antiseptiques, le drainage, si la poche est anfractueuse, qui s'oppose à la cicatrisation trop rapide et permet à la plaie de se refermer lentement.

Quelques auteurs préfèrent la cautérisation au nitrate d'argent, qui donne aussi de bons résultats.

CHAPITRE V

Pathogénie.

Dans cette modeste description, la pathogénie a été réservée la dernière, car elle est la partie la plus difficile de notre tâche.

Si nous passons en revue les théories de la plupart des observateurs, nous trouvons que tous admettent l'accouchement, qui, par la pression et les tiraillements qu'il exerce sur l'urètre, lors du passage de la tête fœtale, aurait pour conséquence l'obstruction des conduits glandulaires et l'inflammation des glandes sous-urétrales; inflammation qui serait communiquée au tissu cellulaire péri-glandulaire et formerait les abcès du septum uréthro vaginal; mais M. Tillaux ¹ n'admet pas que l'urètre soit comprimé et tirailé pendant l'accouchement. Pour cet auteur, l'urètre ne subit aucun de ces outrages grâce à sa position; nous pouvons affirmer que nombre d'accoucheurs ne sont pas de son avis.

Herman ², en signalant un abcès chronique de l'urètre chez la femme, invoque au point de vue pathogénique deux hypothèses: soit un kyste suppuré; soit un état congestif

¹ Tillaux, *Anat. Topog.*, 6^e édit.

² Herman, Soc. obs., Londres.

de l'urètre, mais il penche plutôt pour la seconde de ces hypothèses.

Armand Routh, dans un mémoire publié dans le *British medical Journal*, signale trois cas d'abcès chroniques sous-urétral ; mais pour cet auteur, ces abcès seraient dus à des diverticules urétraux ; diverticules produits par obstruction des conduits des glandes urétrales préexistantes, formation de kyste par rétention, suivi de suppuration et d'ulcération du côté de l'urètre. Ce processus aboutirait à la formation d'un petit orifice par lequel l'urine pénétrerait à chaque miction et provoquerait l'inflammation du sac. Un kyste sanguin ayant passé par les mêmes transformations produirait aussi ces abcès.

Braxton Hicks partage l'opinion de Routh au point de vue pathogénique.

Herman, tout en admettant la pathogénie proposée par Routh, n'admet pas la dénomination de : diverticules urétraux que leur donne cet auteur. Nous partageons sous tous les points de vue l'opinion de Herman et nous pensons avec lui, qu'un diverticule est une cavité communiquant et dépendant d'une disposition anatomique congénitale, par suite, on ne peut pas donner ce nom aux cas signalés par Routh, pas plus qu'on ne peut appeler diverticule un abcès pelvien ouvert dans le rectum.

Dans cet exposé sommaire que nous venons de faire des principales théories pathogéniques ; nous nous apercevons qu'aucune ne peut expliquer tous les faits, et qu'aucune ne peut être admise à l'exclusion de l'autre ; aussi, sommes-nous porté à admettre que toutes ces causes réunies

ou isolées ne peuvent pas à elles seules produire l'abcès ; l'élément microbien joue le principal rôle. C'est ce qui nous a conduit à faire l'étude des microorganismes des voies urinaires, après avoir donné l'énoncé de notre opinion au point de vue pathogénique.

Frappé de l'analogie qui existe entre les abcès urineux chez l'homme et les abcès aigus du septum uréthro-vaginal chez la femme et de la ressemblance des poches urineuses chez celui-ci avec les abcès chroniques de celle-là, nous avons été porté à émettre l'opinion suivante sur la pathogénie de ces abcès : 1° que la grossesse, les accouchements, les corps étrangers et les traumatismes en général, n'agissent qu'en créant une voie par où les microbes pénètrent et provoquent l'abcès ; 2° que, seules, ces causes sont incapables de provoquer une suppuration quelconque, même si l'urine a pénétré par la solution de continuité ; l'urine normale, étant aseptique, ne peut pas donner lieu à des abcès ; 3° que, le siège constant de l'abcès ou de la poche urineuse étant la partie moyenne de la paroi inférieure de l'urètre, espace dans lequel s'ouvrent les glandes ou grappes sous-urétrales, l'abcès ne peut se développer qu'aux dépens de ces glandes.

Toutes ces considérations nous ont porté à admettre, que l'abcès se développe aux dépens des glandes en grappes sous-urétrales et que le point de départ est soit une simple lésion de l'épithélium glandulaire, soit un petit hématome.

L'ouverture constante de l'abcès dans l'urètre est en faveur notre théorie, car s'il en était autrement, rien n'empêcherait le processus, pendant la période aiguë, d'envahir de proche en proche toute la cloison uréthro-

vaginale, et même atteindre le col et la vessie ; la paroi vaginale ne serait pas respectée, et l'ouverture ne serait pas constante dans l'urètre, ou elle serait l'exception comme dans les abcès urinaires chez l'homme.

Que l'abcès ait le minimum de symptômes, et qu'il se vide dans l'urètre, comme c'est la règle ; la pénétration de l'urine dans la cavité crée la poche urinaire ou abcès chronique, poche qui a été prise pour une urétrocele et décrite comme telle.

Comme, dans notre théorie, l'élément microbien joue le principal rôle, nous allons donner un aperçu sommaire des microorganismes des voies génito-urinaires, qui peuvent donner lieu à des abcès.

Les abcès du septum uréthro-vaginal, comme tous les abcès qui avoisinent les voies urinaires, sont des abcès formés par des microbes, mais quels sont ces microbes ?

Ce fut M. Bouchard qui fit les premières recherches sur les microorganismes de l'appareil urinaire.

Quelques années plus tard, l'école de Necker fit les premiers travaux de bactériologie et a fourni des indications très précieuses sur les agents pathogènes de l'infection urinaire.

Ces travaux ont démontré qu'il existe un grand nombre de microorganismes dans les voies urinaires, et quelques-uns d'entre eux peuvent donner lieu à la suppuration ; quand ils se trouvent dans des circonstances favorables à leur développement. Ces microorganismes peuvent pénétrer dans l'urètre ou exister à l'état normal. Ils peuvent aussi pénétrer dans l'appareil urinaire par le sang ou la circulation générale.

Dans l'urètre, on trouve tous les microbes ordinaires de

la suppuration : staphylocoques, *pyogenes*, *aureus*, *albus*, *citreus*, *urobacillus liquefaciens*, *septicus* de Krogin et les espèces nouvelles décrites par Rovsing, enfin une bactérie étudiée successivement par plusieurs auteurs.

C'est M. Bouchard qui, pour la première fois, étudia cette bactérie. En août 1888, MM. Albarran et Hallé étudièrent la bactérie de l'infection urinaire et l'appelèrent *bactérie pyogène* ; ils ont démontré quel était son rôle dans l'infection urinaire et particulièrement son état de pureté dans le pus des abcès environnant les voies urinaires. M. Clado s'était déjà occupé de cette bactérie et l'avait nommée *bactérie septique de la vessie*, il prouva qu'elle déterminait des abcès. La longueur de cette bactérie est de $1\mu,6$ et son épaisseur de $0\mu,3$, elle est mobile, facile à colorer et à cultiver.

En décembre 1888, M. Clado examina le pus de plusieurs abcès ; il trouva cette bactérie associée à d'autres microbes pathogènes (streptocoques, staphylocoques).

MM. Tuffier et Albarran en 1890, ayant aussi examiné le pus d'abcès périurétraux, ont constaté la bactérie pyogène à l'état de pureté ; une seule fois, elle était associée à des microcoques, mais cependant, la bactérie prédominait, souvent l'examen simple sur une lamelle ne montre rien et donne des résultats négatifs ; il faut faire des cultures.

M. Reblaud (1893), après de nombreuses recherches, a remarqué qu'il y avait grande ressemblance entre la bactérie pyogène et le *bacterium coli commune*. Il y a, dit-il, grande analogie entre le *bacterium coli* et les organismes étudiés par MM. Clado, Hallé et Albarran.

On a vu le coli-bacille changer de forme par son séjour

dans les voies urinaires, suivant le milieu où il se trouve.

M. Renault (thèse, Paris, 1893) nous affirme que la bactérie pyogène n'est autre que le *bacterium coli commune* qui, suivant le milieu, présente diverses variétés.

Nous ne pouvons pas prendre parti ni pour l'une ni pour l'autre de ces opinions, nos connaissances bactériologiques ne nous le permettant pas ; notre seul but a été de relater les divers travaux sur les bactéries pyogènes de l'infection urinaire, et des abcès se développant aux environs des voies urinaires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Traduction personnelle)

(Cory, *Obstetrical transaction*, t. XI, 1870.)

M^{me} P., âgée de quarante ans, ayant eu un seul enfant, et très bien réglée, ressentit des douleurs pour la première fois en urinant vers le 29 avril, douleurs accompagnées d'une sensation de lourdeur vers les organes génitaux, perte de l'appétit, soif et céphalée. Ces symptômes augmentèrent d'intensité jusqu'au jour où je vis la malade, nuit du 8 mai. Elle ressentait de fortes douleurs au niveau du vagin et de l'abdomen ; je la trouvai la face congestionnée, l'air anxieux et le pouls fréquent, langue chargée et léger délire, envies fréquentes d'uriner.

A l'examen, je trouvai le vagin très enflammé, le moindre attouchement était douloureux ; l'inflammation s'était communiquée à l'urètre, qui était œdématié, le méat était à peine visible à cause de l'œdème qui l'entourait. La vessie paraissait vide et très enflammée, l'urine ne pouvait pas y séjourner plus de quelques minutes.

La fluctuation était manifeste par le vagin, et je proposai l'ouverture au bistouri, mais la malade refusa ; par conséquent je prescrivis un peu d'opium et un cataplasme.

Quelques heures après, je visitai ma malade ; je la trouvai très soulagée ; elle m'avoua qu'une demi-heure auparavant, elle sentit comme quelque chose qui crevait, elle eut envie d'uriner, depuis ce temps, elle se sent complètement soulagée.

Je réexaminai ma malade et je trouvai que la tumeur vaginale était très diminuée de volume et qu'en la pressant du pus s'écoulait par l'urètre.

Remarque. — On ne peut s'expliquer l'origine de cet abcès, car la femme a été toujours bien portante et n'a jamais reçu ni coups, ni aucun traumatisme quelconque.

Les symptômes saillants de ce cas sont : l'état général, les envies fréquentes d'uriner, l'irritabilité excessive de la vessie.

Quant au diagnostic, on ne peut admettre qu'un abcès du *tissu cellulaire sous-urétral*.

OBSERVATION II

(R. Labusquière, *Clinique des Accouchements*, Paris, 1886.)

Femme d'une trentaine d'années, ayant eu un premier accouchement. Elle entre à la clinique parce qu'elle se supposait enceinte de trois mois environ et qu'elle était tourmentée par des vomissements incoercibles qui empêchaient toute espèce d'alimentation. Néanmoins pas de signes de certitude de grossesse.

L'état général était atteint, l'amaigrissement considérable. Tout fut employé (vésicatoires à la région épigastrique, cautérisations ponctuées, injections de morphine, pulvérisations d'éther, etc.), rien n'y fit. Or, à la fin d'un examen au spéculum, pratiqué dans le but de savoir s'il n'y avait rien du côté du col, le chef de clinique s'aperçut qu'en ramenant l'instrument, il faisait sourdre du pus par l'urètre. Un nouvel examen révéla l'existence d'une cavité suppurée dans le septum uréthro-vaginal. Trois ou quatre jours plus tard, l'abcès fut largement incisé. Je fus chargé du traitement consécutif, qui consista en cautérisations au nitrate d'argent, en injections antiseptiques et en application de mèches enduites de vaseline phéniquée. La guérison fut rapide. *De plus les vomissements avaient cessé dès le lendemain de l'incision large de l'abcès.* La suite prouva que la femme était enceinte.

OBSERVATION III

Hamilton. *Abcès du septum uréthro-vaginal.*

(Traduction personnelle.)

En septembre 1887, je fus appelé auprès d'une jeune femme, ayant accouché pour la première fois un mois auparavant. Elle m'apprit qu'au dix-huitième jour de sa délivrance, elle s'aperçut du développement d'une tumeur à l'orifice vaginal, tumeur douloureuse spontanément et à la pression. Les douleurs étaient plus fortes pendant la marche et s'irradiaient à l'hypogastre, les mictions fréquentes, la station assise douloureuse; la malade restait étendue sur son lit; elle m'apprit entre autres que la sage-femme qui l'assistait, voulant explorer la tumeur, la fit crever et du pus s'était écoulé par l'urètre.

A l'examen de la malade, je trouvai une tumeur grosse comme une petite mandarine, siégeant exactement sur le trajet de l'urètre en la comprimant légèrement, je fis sourdre du pus par le méat urétral.

Je diagnostiquai un abcès de la cloison uréthro-vaginale et je proposai l'ouverture, qui fut acceptée; incision de la muqueuse vaginale et de la paroi de l'abcès, deux cuillerées de pus jaunâtre et fétide s'écoulèrent : cavité anfractueuse que je lavai avec une solution forte phéniquée. Guérison au bout de dix jours

OBSERVATION IV (inédite.)

(Augagneur, professeur agrégé)

M^{lle} F., vingt-quatre ans, nullipare, sans profession, se présente le 17 juin 1882, à l'examen de M. Augagneur sous l'état suivant.

Depuis huit jours environ, à la suite de coïts répétés, M^{lle} F. ., ressent une douleur vive sous la région vulvaire.

La marche est difficile ainsi que la station assise; la malade est obligée de rester couchée.

Spontanément des douleurs lancinantes existent depuis quarante-huit heures.

La miction est plus fréquente que d'ordinaire et semble trouver un obstacle à l'orifice de l'urètre. La miction comme tous les efforts d'ailleurs réveille aussi les douleurs.

En écartant les grandes lèvres, l'orifice vaginal semble occupé par une tuméfaction de la paroi antérieure du vagin.

Le doigt introduit dans le canal vaginal rencontre, immédiatement en arrière de l'orifice urétral, une tumeur régulière, placée exactement sur la ligne médiane au niveau de la paroi inférieure de l'urètre. Quoique les manipulations deviennent difficilement supportées, le doigt peut, en déprimant la paroi vagino-rectale, s'insinuer en arrière de la tumeur, constater qu'elle a environ 4 centimètres dans le sens antéro-postérieur et qu'elle est séparée du cul-de-sac vaginal antérieur par un espace absolument libre.

Les dimensions verticales paraissent à peu près égales à celles du diamètre antéro-postérieur.

La tumeur est très nettement fluctuante ; elle fait corps avec la paroi antérieure du vagin, sous laquelle elle semble développée.

La muqueuse vaginale semble indemne de tout phénomène pathologique et paraît plutôt refoulée, ainsi que le tissu sous-jacent qu'englobée par le processus.

Une sonde engagée dans le canal de l'urètre le parcourt en déterminant une assez vive douleur, mais sans rencontrer d'obstacle marqué.

En exerçant une forte pression sur la tumeur, on arrive à faire sourdre une goutte de pus épais par l'urètre.

Les urines sont absolument normales.

En présence de l'acuité des symptômes M. Augagneur intervint de la façon suivante.

Une sonde est placée dans la vessie ; avec un bistouri une incision est pratiquée sur la muqueuse vaginale parallèlement à la direction de l'urètre, sur une étendue de 2 centimètres. La muqueuse incisée avec le tissu sous-jacent, le bistouri est remplacé par une sonde cannelée ; quand la pointe pénètre dans le foyer de l'abcès, il s'échappe deux cuillerées de pus.

Pendant deux jours, un drain fut maintenu dans le trajet pour prévenir la réunion immédiate. La suppuration était complètement tarie après une semaine et la guérison complète s'est maintenue depuis.

La blennorrhagie ne peut être invoquée dans ce cas. Une personne avec laquelle elle avait eu constamment des rapports sexuels ne présente pas la moindre trace de blennorrhagie, pas plus qu'elle d'ailleurs.

OBSERVATION V

Priestley, *Archiv. gén. de méd.*, 1880, vol. II, p. 22.

En février 1868, Priestley fut appelé auprès d'une malade approchant la ménopause, ayant eu deux enfants, se plaignant de grandes douleurs et sensibilité des organes génitaux, avec gêne et douleur à la miction.

Habituellement bien portante, elle dit avoir souffert dans ces dernières années d'une maladie de reins, sur laquelle elle fournit peu de renseignements. Elle a maigri, mais n'a jamais eu d'œdème.

Les accidents locaux ont été en progressant. D'abord, elle a remarqué que ses urines étaient troubles et déposaient beaucoup. Puis elle commença à éprouver un certain degré de rétention avec ténesme. Tout cela augmenta. Au moment de la visite de Priestley elle souffrait au point de ne pouvoir dormir. Elle ne pouvait s'asseoir, tant la douleur devenait grande.

Elle avait des besoins fréquents d'uriner, mais elle ne pissait qu'à grand'peine, et elle sentait qu'elle ne vidait pas complètement sa vessie. Son urine était trouble, alcaline, laissant un dépôt de mucus, de leucocytes et de quelques globules rouges. L'urine qui surnageait était extrêmement albumineuse.

En touchant la malade, Priestley reconnut que le vagin était chaud et ramolli. Une tumeur, d'un demi-œuf de poule, siège à son entrée. Elle repose par une large base sur la paroi postérieure de l'urètre. Sa consistance est fluctuante. Cependant, elle est tendue

et ne se modifie que par la pression. Une sonde, introduite au niveau de la tumeur dans l'urètre, est déviée; elle s'engage avec peine et non sans douleurs dans la vessie

Priestley prescrivit le repos absolu, des fomentations chaudes, ce qui soulagea un peu. Deux ou trois jours après, un grand soulagement survint subitement, à la suite de l'issue d'une urine mélangée d'une matière grasse qui s'est solidifiée par le froid; à la surface de cette urine surnagent des grains tout à fait analogues à de la cire jaune, et dont la masse totale peut remplir une cuiller à soupe. Ce sont des particules graisseuses avec débris épidermiques, ressemblant au contenu des kystes sébacés, mais plus denses, plus résistants.

En touchant alors, on constate que la tumeur a diminué de plus de moitié; elle est moins tendue. La matière purulente continue à sortir, en moindres proportions, pendant deux ou trois jours. *Les douleurs diminuent, l'état fébrile disparaît.* Il reste un peu de sensibilité.

De temps en temps, la cavité se remplit de nouveau et se vide par l'urètre. La cystite persiste; jamais on ne parvient à faire pénétrer la sonde dans la cavité.

La malade s'en va sans opération.

OBSERVATION VI (résumée).

(Huguier, *Abcès sous-urétral ouvert spontanément dans l'urètre.*)

Le 22 avril 1846, entra à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 58, avec un enfant nouveau-né et bien portant, la nommée H..., Louise, âgée de dix-sept ans, couturière. Cette jeune fille d'une constitution lymphatique, d'un embonpoint prononcé, à peau blanche et fine, cheveux blonds, yeux bleus, habituellement d'une bonne santé, n'a jamais eu d'autres maladies que la rougeole et la variole. Réglée à onze ans, a eu des rapports sexuels à seize ans; enceinte il y a neuf mois passés.

A huit mois et demi de sa grossesse, elle y entra à la Maternité

pour faire ses couches. Au moment de l'accouchement, M^{me} Charrière, sage-femme du service, s'aperçut que les organes génitaux étaient le siège de végétations qui furent considérées comme pouvant être de nature syphilitique, et la malade, après son accouchement qui fut normal fut dirigée vers notre établissement. A l'examen, on trouva, immédiatement au-dessous de l'urètre, une petite tumeur, rouge et sensible, qui s'allongeait jusqu'au col de la vessie ; l'urètre était enflammé, la tumeur était douloureuse au toucher et à la pression, sa consistance peu fluctuante. Elle commençait à 3 ou 4 millimètres au-dessous du méat urinaire.

En pressant sur la tumeur, nous fîmes sortir par le méat urinaire un pus crémeux, épais, et d'un blanc jaunâtre.

Nous fîmes uriner la malade devant nous, du pus sortit d'abord, puis du pus et de l'urine, enfin de l'urine claire.

La malade n'avait aucun signe d'affection syphilitique, son enfant se portait bien, la seule personne qu'elle eût connue n'avait jamais eu la moindre maladie vers les organes sexuels.

Le diagnostic porté fut : abcès sous-urétral.

Incision de l'abcès suivant la direction de l'urètre, il s'écoula une cuillerée de pus épais, jaune, bien lié, très semblable à celui qui était sorti par l'urètre.

Guérison après dix jours.

Si maintenant nous cherchons quelle a été la cause de l'abcès survenu chez une femme d'ailleurs bien portante, dont l'urètre était sain, et chez laquelle l'accouchement fut naturel et d'une durée ordinaire, qui n'a nécessité l'assistance d'aucune manœuvre extraordinaire, nous n'en trouvons pas d'autre que la pression violente et anormale que la ligne médiane du vagin et de l'urètre, déjetés à gauche par un kyste du vagin qui se trouvait à droite de l'urètre, ont dû éprouver entre la tête de l'enfant et la branche gauche du pubis.

OBSERVATION VII

Extrait de : *Annales gynécologiques*. — *Société obstétricale de Londres*, séance du 7 juillet 1885. — Herman, *Abcès chronique de l'urètre chez la femme*.

Il s'agissait d'une femme âgée de quarante-sept ans. Depuis quatre ans, elle était sujette à des accidents de dysurie, depuis deux le coït était douloureux et la vessie irritable. Dans le septum uréthro-vaginal s'était développée une tuméfaction douloureuse au contact et qui s'ouvrit spontanément dans l'urètre.

Le toucher urétral, après dilatation de ce canal, permit de constater dans cette région, une cavité à peu près du volume d'une noix, à parois lâches et anfractueuses.

L'incision et la cautérisation de la cavité au nitrate d'argent amenèrent successivement le rétrécissement et l'oblitération de la cavité. Guérison.

Pour expliquer la pathogénie de ces abcès, il faut admettre, dit l'auteur, ou un état congestif chronique de l'urètre, ou un kyste suppuré ; pour lui, il admet plutôt la première de ces hypothèses.

Dans cette même séance, M. Gervais dit avoir vu un cas qui était caractérisé par une miction douloureuse, de la tuméfaction et de la sensibilité au niveau de la paroi vaginale antérieure.

A l'examen, on constate un abcès dans la cloison uréthro-vaginale.

Le soir même de cet examen, l'abcès s'ouvrit dans l'urètre.

Guérison qui marche rapidement.

M. Thornton prenant la parole à son tour, dit avoir observé quelques cas qui tous se sont ouverts spontanément dans l'urètre, à moins qu'une incision hâtive n'eût ouvert une autre voie au pus.

OBSERVATION VIII (inédite).

(Augagneur, professeur agrégé.)

M^{me} A..., trente-deux ans, fleuriste. Aucun antécédent pathologique. Un accouchement simple il y a sept ans.

Il y a deux ans, M^{me} A... s'est aperçue que, de temps à autre, apparaissait un gonflement à la région génitale. Ce gonflement ne devint douloureux que lorsqu'il arrive à son volume maximum, et encore la douleur est très supportable. A ce moment, la malade vide la tumeur par des pressions exercées à sa surface. Le liquide qui s'écoule a une odeur très désagréable. Tous les trois ou quatre mois, il faut procéder à l'évacuation de la tumeur qui disparaît totalement, pour se reproduire peu à peu.

Quand elle a un volume moyen, elle ne gêne ni la marche, ni la miction, ni les rapports sexuels.

Examinée à un moment où, d'après elle, le mal est à son maximum, la malade me présente les phénomènes que voici :

Rien aux grandes lèvres ni aux petites, fourchette intacte. Le méat est un peu entr'ouvert, pas de sécrétion dans son orifice. Une sonde arrive aisément dans la vessie; l'urine est normale.

La paroi antérieure du vagin, immédiatement en arrière du méat, est comme prolobée, mais sans aucune altération appréciable soit à la vue, soit au toucher. Le doigt reconnaît une tumeur fluctuante grosse comme une mandarine et bien circonscrite. Entre la tumeur et l'utérus, existe une grande étendue de la paroi vaginale antérieure absolument normale.

La pression fait couler par l'urètre, avec beaucoup de peine, et en petite quantité à la fois, un pus mal lié et très fétide.

La malade désirant être débarrassée de son infirmité, j'intervins le 28 janvier. Elle est placée dans la position génu-pectorale, un écarteur éloigne la paroi vaginale postérieure; incision de 2 centimètres sur la partie saillante de la tumeur; une sonde placée dans l'urètre indique la position de ce conduit. Ecoulement de deux cuillerées d'un pus sanieux.

La paroi vaginale a son épaisseur habituelle. Un tampon de coton est placé dans le vagin après l'intervention.

Le lendemain, un drain est placé dans la cavité, et des lavages quotidiens y sont pratiqués avec une solution phéniquée.

La cicatrisation fut lente et ne fut complète que trois semaines plus tard.

Il n'y avait dans ce cas certainement pas de blennorragie.

OBSERVATION IX (traduction personnelle).

Lawson Tait, *The Lancet*, 30 octobre 1876, t. II, p. 625.

M^{me} B..., mère d'une nombreuse famille, souffrait depuis des années d'une tumeur saillante au niveau de la vulve, ayant environ le volume d'un œuf et extrêmement douloureuse. Elle rendait des grandes quantités de pus fétide par l'urètre. La tumeur avait l'aspect d'une cystocèle ordinaire, mais elle était tout à fait irréductible, très dure, et quand on la pressait un peu fort, une grande quantité de pus ammoniacal fétide s'échappait de l'orifice de l'urètre. Le contact de ce pus était irritant pour les doigts.

Une sonde introduite dans l'urètre passait difficilement dans la poche. Il était évident que ce n'était pas une cystocèle ordinaire, mais probablement un diverticule de l'urètre, et la seule opération qui pût être utile était l'ablation.

La malade endormie, la moitié inférieure de la cavité fut enlevée au bistouri ; elle était tapissée par une membrane épaisse et anfractueuse. L'orifice de communication avec l'urètre avait le calibre d'une sonde n° 9 ; il était situé sur la paroi inférieure de l'urètre et vers sa partie moyenne. Toute la membrane qui tapissait la cavité fut enlevée, la muqueuse du vagin fut réunie au niveau de la cavité par une suture profonde. La plaie se cicatrisa rapidement et la guérison est aujourd'hui complète.

Lawson Tait n'a jamais rencontré de fait semblable et considère cette cavité comme congénitale.

OBSERVATION X (inédite).

(Augagneur, professeur agrégé.)

M^{lle} X..., vingt-cinq ans, femme de mœurs légères, souffre

depuis dix-huit mois (juillet 1886), d'une tumeur vulvaire. Intermittente à certains moments, alors qu'elle se croit guérie depuis plusieurs semaines, elle éprouve de la gêne dans la région génitale, gêne pour marcher, pour s'asseoir, et surtout pendant les rapports sexuels. Il s'agit plutôt d'une gêne que d'une douleur, qui ne se réveille qu'à l'occasion de contacts violents; une tumeur se montre alors à l'entrée de la vulve; les pressions exercées sur cette tumeur la font presque disparaître, le liquide qui s'écoule par l'urètre est purulent et fétide; sauf quand la tumeur est très prononcée, la miction s'opère sans difficulté; les urines sont limpides.

L'examen de la malade est fait par M. Augagneur.

Tuméfaction de la paroi antérieure du vagin, siégeant exactement sur la ligne médiane, et du volume d'une grosse noix; muqueuse vaginale normale. On contourne facilement la tumeur, avec le doigt introduit dans le vagin. Aucun rapport avec le fond du vagin et de l'utérus.

Une sonde pénètre aisément dans la vessie.

La fluctuation est très évidente, la palpation ne réveille pas de douleurs.

En comprimant la tumeur, on fait sourdre par le méat un liquide séro-purulent: rappelant celui des abcès chroniques très fétides.

La malade refuse toute intervention et a été perdue de vue.

Comme antécédents rien à noter, pas de blennorrhagie au moment de l'examen; pas d'écoulement antérieur.

OBSERVATION XI (traduction personnelle).

Priestley, *British med. Journ.*, 1869, t. VII.

En 1867, au mois de septembre, je fus appelé auprès d'une jeune femme ayant accouché pour la première fois, six mois auparavant. Elle m'apprit qu'au huitième mois de sa grossesse elle s'aperçut du développement d'une tumeur à l'orifice vaginal, tumeur indolente à la pression, mais donnant une sensation de gêne et un peu de ténesme.

Au moment du travail on vit une tumeur lisse, semblable à un petit œuf, faisant saillie à la paroi antérieure du vagin.

Quoiqu'on fit tout son possible pour écarter cette tumeur au passage de la tête, la pression exercée par celle-ci la fit crever, et une certaine quantité de pus s'écoula par l'urètre. Sauf un léger degré de cystite, la malade ne ressentit rien, mais une fois qu'elle commença à se lever, la tuméfaction reparut, et de temps en temps laissa écouler un liquide semi-purulent.

La malade, lors de mon premier examen, se plaignait de sentir une tumeur à la vulve, tumeur peu sensible, que l'emploi d'un pessaire n'avait pas réussi à faire disparaître. Je reconnus une tumeur grosse comme un demi-œuf, faisant saillie à l'orifice vaginal, du consistance élastique. Elle ressemblait à une cystocèle, mais était plus ronde, à base plus rapprochée reposant sur la partie profonde de l'urètre. En la comprimant, je fis sortir par l'urètre une demi-once d'un mélange de pus et d'urine; j'essayai de faire passer un cathéter dans la tumeur. Il pénétra d'abord dans la vessie, mais en le retirant je le fis engager dans la cavité de l'abcès par un étroit orifice. On put alors sentir la sonde par la paroi vaginale antérieure. Cette tumeur, semblable à un diverticule de l'urètre sécrétant du pus, se remplissait plus ou moins d'urine pendant la miction.

La guérison ne peut s'obtenir que par l'ablation de la poche.

OBSERVATION XII

(Duplay, *Poche urineuse de l'urètre chez la femme.*)

Nous avons dans le service une femme qui présente une affection très rare du canal de l'urètre; il s'agit d'une lésion pouvant se rapprocher de ce qu'on appelle « Poche urineuse » chez l'homme.

Depuis sept ans, elle a observé des phénomènes douloureux et la production d'une tumeur à la moitié antérieure de l'urètre. Des crises douloureuses surviennent après la miction et durent plus ou moins longtemps; elles se renouvellent plusieurs fois de suite, puis elles disparaissent pendant plusieurs mois. La crise terminée, la tumeur devient plus flasque, mais elle ne disparaît pas tout à

fait. Pendant deux ou trois jours, la malade a eu des accès fébriles, analogues à ceux qu'on observe chez les hommes atteints de rétrécissement de l'urètre.

Voici ce que l'examen de la malade nous a révélé. Nous avons constaté l'existence d'une tumeur mollassse, située sur la moitié antérieure de la paroi vaginale et faisant corps avec l'urètre. Elle a une résistance assez dure, et elle est fluctuante. Elle ne dépend pas de la paroi uréthro-vaginale ; la partie postérieure de l'urètre est indépendante de la tumeur. Nous avons trouvé un orifice faisant communiquer la tumeur avec le canal de l'urètre ; avec une sonde recourbée, j'ai agrandi l'orifice, et j'ai ainsi vidé la tumeur par le canal de l'urètre. Il en est sorti du pus et de l'urine. La tumeur était accolée sur la moitié antérieure du canal ; c'est donc l'abcès chronique type du septum uréthro-vaginal.

Cette affection est très rare et je n'ai trouvé d'exemple nulle part. Quant au traitement, s'il n'y a pas de rétrécissement, on fait l'extraction de la poche. On ouvre cette poche et on la fait suppuer après avoir placé une sonde à demeure pour empêcher l'urine de passer entre l'abcès et l'urètre. D'ailleurs une fistule urinaire à l'intérieur du vagin, en un point aussi rapproché de son orifice, ne serait pas gênante. Je vais donc fendre sur la ligne médiane cette petite tumeur, puis j'y introduirai de la charpie pour la faire suppuer et obtenir ainsi son oblitération.

OBSERVATION XIII

(Nicaise, *in* thèse Mouton, Paris, 1876.)

M^{me} B..., vingt-huit ans, entre à la maison Dubois en 1875, pour se faire soigner d'une maladie de la matrice.

Elle se plaint de douleurs vives à la région hypogastrique qui s'exaspèrent à la suite de la marche ou d'une fatigue prolongée.

Depuis un an, elle a constaté au fond de ses urines, un dépôt safrané rougeâtre, comme de la poussière, mais n'a jamais expulsé de graviers.

Femme anémique, embonpoint précoce, n'a pas eu d'enfants.

Leucorrhée vaginale peu abondante.

En pratiquant le toucher, on constate, que l'utérus est légèrement en antéverson; il empiète un peu sur le côté gauche.

Le col, assez gros, est dévié à droite et regarde un peu en arrière. Orifice petit, sans déchirures.

Culs-de-sac libres.

Avec le spéculum, on découvre une érosion superficielle d'un rouge vif, et plusieurs points saillants comme des têtes d'épingles, surtout vers la lèvre postérieure.

A l'orifice, bouchon vitreux adhérent. M. Nicaise diagnostique une folliculite du col avec catharrhe du corps. Le 4 juin, en écartant la vulve, M. Nicaise constate qu'il existe au niveau du méat une petite tumeur.

Elle est située au devant de la colonne antérieure du vagin et *s'implante largement, sans pédicule, sur la paroi postérieure de l'urètre*, avec laquelle elle se continue. Son volume ne dépasse pas celui d'une noix. Elle se limite assez nettement sur tout son contour. De consistance dure, elle présente peu de fluctuation.

Cette tumeur est peu douloureuse à la pression; la malade ne souffre que très peu; *elle se rappelle avoir eu un abcès dans cette région il y a un an.*

Le 25, elle s'inquiète d'un léger mal de bouche; on ne trouve rien à la gorge; les papilles du V lingual sont notablement hypertrophiées.

Le 30, M. Nicaise en pressant sur la tumeur, fait sourdre par l'urètre une certaine quantité de pus rougeâtre; immédiatement après, il plonge le bistouri dans la tumeur, et il s'écoule un liquide épais et noir comme de la terre de Sienne, de consistance poisseuse; il ne dégage que peu d'odeur. Au microscope, on ne trouve que des granulations moléculaires.

La paroi de la poche est cautérisée au nitrate d'argent; quelques jours plus tard, il n'existe pas trace de l'incision; le col, d'un rose pâle, *ne présente plus qu'un seul point de folliculite. Le catarrhe utérin a complètement disparu.*

L'auteur considère ce cas comme d'origine kystique et le nomme kyste péri-urétral suppuré.

OBSERVATION XIV

(Nicaise, *in* thèse Mouton, Paris, 1876.)

M^{me} X..., cuisinière, âgée de quarante et un ans, entre à la maison de santé en 1875, le 18 juillet.

Elle a toujours été bien réglée, pas de fausse couche.

Elle a une fille de dix-sept ans.

Depuis six mois, les règles sont plus abondantes, et il survient même des pertes pendant leurs intervalles. Aucune souffrance. Écoulement d'un liquide inodore aussi limpide que de l'eau. Pas de ganglions dans l'aîne, ni de douleurs à la miction. Amaigrissement considérable. Au toucher, on sent une surface exulcérée, friable (épithélioma du col).

Injection de feuilles de noyer, alun, toniques.

Le 23 juillet, un nouvel examen fait reconnaître une petite tumeur dont le siège est exactement le même que dans l'observation précédente. La malade porte cette tumeur depuis quinze mois, elle cause très peu de douleur ; *autrefois, vers le même endroit, il survint deux petits abcès dont l'ouverture fut spontanée et se fit dans l'urètre.*

La tumeur est lisse et arrondie et présente un léger reflet bleuâtre. M. Nicaise la ponctionne avec la pointe du bistouri ; il sort une matière jaune verdâtre, visqueuse.

Cautérisation au nitrate d'argent.

Le 31 juillet, la malade est guérie de sa tumeur.

Traitement palliatif pour son épithéliome.

OBSERVATION XV (résumée).

Giraud, *Gaz. des hôp.*, août 1883, p. 1155.

Le 11 avril 1882 entrain à l'Hôtel-Dieu de Marseille, Julienne A..., quarante-cinq ans, mère de famille. Elle souffrait du bas-ventre.

En l'examinant, on remarque à la partie médiane de la vulve, au-dessous du méat urinaire entre les petites lèvres, une tumeur de la grosseur d'un œuf, arrondie, rougeâtre, paraissant située

dans la paroi uréthro-vaginale, et recouverte par la muqueuse de la paroi vaginale antérieure. Au toucher elle est dure et paraît renfermer des corps étrangers que l'on sent frotter les uns contre les autres.

Une sonde, introduite par le méat, pénètre dans la vessie sans encombre; une certaine quantité d'urine normale s'écoule. La sonde est introduite, la courbure en bas; elle pénètre alors par un orifice assez étroit dans l'intérieur de la poche, et heurte un corps qui donne la sensation d'une pierre.

Détail à noter : Il n'y a pas d'écoulement urinaire. Cette tumeur paraît ne contenir que peu ou point d'urine.

La malade nous apprend alors qu'il y a deux ans environ, pendant une dispute, elle reçut un coup de pied à la région périnéale, et que depuis lors elle souffre dans cet endroit. Il y a dix mois seulement qu'elle a constaté à la vulve une petite grosseur qui a augmenté peu à peu, jusqu'à devenir la tumeur pour laquelle elle vient se faire opérer.

Cette tumeur est surtout douloureuse dans la station debout et pendant les tentatives de coït; les rapports conjugaux sont devenus presque impossibles.

Les antécédents au point de vue d'une lithiase urinaire sont nuls.

24 avril. — M. Chapplain extrait les calculs, au nombre de cinq, par la dilatation brusque. Les suites de l'opération sont bonnes.

Le surlendemain, la tumeur est revenue sur elle-même, on la sent dure, petite et ratatinée. La douleur pendant la miction a augmenté et persiste quelques jours encore.

5 mai. — La malade quitte l'hôpital.

M. Giraud admet qu'ici l'accouchement a pu affaiblir les parois de l'urètre, mais il met en première ligne le coup de pied reçu deux ans auparavant dans la région périnéale. Pour lui, il y aurait eu contusion du périnée avec déchirure de l'urètre. Celle-ci aurait été le point de départ d'un épanchement d'urine dans les tissus péri-urétraux, épanchement qui, augmentant peu à peu, aurait fini par former une véritable tumeur enkystée. L'urine y séjournerait serait devenue alcaline; il y aurait eu alors précipitation

des phosphates, noyaux autour desquels se seraient déposées de nouvelles couches phosphatiques.

Nous nous permettrons de faire observer qu'ici l'accouchement ne joue aucun rôle, et nous admettons que le coup de pied reçu à la région périnéale a été le point de départ d'un hématome, qui est resté stationnaire pendant quatorze mois, puis, s'étant infecté, il a suppuré et formé, en se vidant, une cavité dans laquelle l'urine en séjournant est devenue alcaline et a formé le noyau des calculs.

Le fait que la malade s'est aperçue quatorze mois après de la présence d'une tumeur à la vulve est en faveur de notre opinion, car cette date doit coïncider avec la période d'infection de l'hématome, qui a donné lieu à des symptômes aigus.

OBSERVATION XVI

Tirée de : *Contribution à l'étude des maladies de l'urètre chez la femme.*

(Duplay, *Ann. gyn.*, 1880.)

La nommée P. V..., âgée de quarante-trois ans, est entrée dans mon service le 18 décembre 1879. Elle a eu quatre enfants, le premier accouchement s'est fait régulièrement, le second a été très pénible et n'a pu être terminé, après dix-huit heures de travail, que par une application de forceps ; le troisième accouchement, sans être long, a néanmoins exigé la même intervention ; enfin le quatrième a été provoqué au huitième mois et s'est accompli spontanément. Dans ces quatre couches, la malade n'a pas présenté de troubles urinaires et n'a jamais été sondée.

A la suite de son second accouchement, il y a vingt ans, la malade a remarqué en se levant, dans le lieu même où existe aujourd'hui une tumeur, la présence d'une saillie de la grosseur de l'extrémité du petit doigt, absolument indolente. Cette saillie ne subit aucun accroissement notable par le fait des deux derniers accouchements.

Il y a sept ans, sans cause appréciable, la malade éprouva subitement une crise douloureuse analogue à celles qui depuis se sont

reproduites par intervalles. Ces crises, qui se ressemblent toutes, se présentent avec les caractères suivants :

Le début en est brusque, souvent causé par un refroidissement, et survient au moment où la malade veut satisfaire un besoin d'uriner. Elle est prise alors de douleurs extrêmement vives au niveau de la tumeur, douleurs s'irradiant dans les reins et s'accompagnant d'efforts pour uriner qui aboutissent à l'émission d'une petite quantité d'urine qui s'échappe par intervalles.

En même temps, la tumeur vulvaire augmente de volume et devient très dure et très tendue.

Pendant la durée de la crise, la malade est agitée, pousse des cris, la face se congestionne et se couvre de sueur.

Enfin la crise se termine par l'émission d'une grande quantité d'urine. Celle-ci ne présente pas d'altération notable ; elle est chargée souvent d'urates, mais elle ne renferme ni sang ni pus. Chaque crise dure trois à quatre heures, et, dès qu'elle est passée, la malade peut reprendre ses occupations.

Ces crises se reproduisent très irrégulièrement. La malade reste parfois deux à trois mois sans en ressentir ; d'autres fois, elles reviennent tous les deux jours. Jamais elles ne se sont montrées deux fois dans la même journée.

Enfin la tumeur vulvaire subit des modifications variables, selon l'apparition plus ou moins fréquente des crises douloureuses. Dans leur intervalle, elle diminue de volume ; aussi, lorsque les crises sont très éloignées, la tumeur disparaît presque complète.

Nous examinons la malade huit jours après sa dernière crise et nous constatons immédiatement en arrière du méat, qui est légèrement refoulé en avant, la présence d'une tumeur du volume d'une noix, arrondie, résistante, fluctuante, recouverte de la muqueuse vaginale saine, adhérente à sa partie profonde, irréductible par la pression, légèrement sensible au toucher. Une sonde de femme, introduite par le méat, parcourt toute la longueur de l'urètre et pénètre dans la vessie sans rencontrer d'obstacle.

Avec un doigt introduit dans le vagin, on sent la sonde qui est dans l'urètre, excepté dans la moitié antérieure du canal où la présence de la tumeur empêche de percevoir la sonde.

Si cependant, au lieu d'une sonde ordinaire, on se sert d'une sonde cannelée légèrement recourbée, et, si l'on introduit cet instrument dans l'urètre, la concavité regardant en bas, de manière à explorer minutieusement la paroi inférieure de l'urètre avec le bec de la sonde, on parvient, non sans quelques difficultés, à la faire pénétrer dans l'intérieur de la tumeur. Il suffit alors de comprimer celle-ci pour vider son contenu dans l'urètre, et l'on sort alors par le méat une notable quantité de liquide composé d'urine et de muco-pus. A mesure que celui-ci s'écoule, la tumeur s'affaisse et disparaît presque complètement.

5 janvier. — Nous assistons à une crise douloureuse; la dernière a eu lieu quinze jours auparavant.

Les douleurs se sont montrées hier vers 3 heures et ont duré jusqu'au soir.

Le 6, les douleurs ont reparu et se sont accompagnées d'un frisson avec claquement de dents qui a persisté un quart d'heure.

La température est à 38 degrés, le pouls à 96. La tumeur urinaire est tendue, augmentée de volume.

Le 8, la fièvre ayant disparu, je me décide à intervenir par une opération destinée à ouvrir la tumeur urinaire et à obtenir son oblitération.

La malade étant chloroformée, j'incise avec le thermocautère la tumeur sur la ligne médiane et j'ouvre bientôt une cavité remplie d'un liquide qui présente les caractères de l'urine et communiquant avec l'urètre par un orifice qui admet la sonde cannelée. La plaie est pansée plusieurs fois par jour avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée.

Le 27, l'escarre est tombée; la plaie est remplie de bourgeons charnus. Il est impossible de reconnaître l'orifice de communication avec l'urètre. Cautérisation au nitrate d'argent.

La cicatrice de la plaie marche lentement.

Toute douleur a disparu. La malade quitte l'hôpital le 6 mars, complètement guérie.

La sécrétion s'opère normalement; une sonde ordinaire parcourt tout le canal sans rencontrer d'obstacle.

Cette observation est remarquable comme abcès chronique de l'urètre : c'est à la formation de cet abcès que l'on peut appliquer la théorie de Routh et nous ne doutons pas que les crises tenaient tout simplement à ce que l'ouverture urétrale de l'abcès se fermait pendant leur intervalle et qu'un effort quelconque venant à rouvrir l'orifice urétral, la pénétration de l'urine dans sa cavité produisait les crises ; enfin, l'ouverture large de l'abcès et le bourgeonnement qui en résulta avec la guérison, sont en faveur d'un abcès chronique.

CONCLUSIONS

I. Les abcès du septum uréthro-vaginal sont une affection peu fréquente il est vrai, mais cette affection existe et est d'un diagnostic facile.

II. Ces abcès se présentent sous la forme aiguë ou chronique, l'ouverture spontanée se fait constamment dans l'urètre.

III. Leur pathogénie est multiple : l'accouchement, les traumatismes, les kystes du vagin ; ces causes concourent à la production d'une solution de continuité, par où l'urine et les microorganismes qui infectent les voies urinaires pénètrent et provoquent la suppuration.

IV. La partie moyenne de la paroi inférieure de l'urètre étant la plus exposée à cause du grand nombre de glandes en grappes dont l'orifice s'ouvre en cet endroit, c'est presque toujours aux dépens de ces glandes que se fait la suppuration.

V. Le pronostic est bénin, les complications rares.

VI. Le traitement simple : l'incision, qui peut être faite au bistouri ou au thermo-cautère ; des cautérisations au nitrate d'argent.

VII. La guérison s'obtient vers le douzième jour en moyenne.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Huguier. — Des kystes profonds du vagin. Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris, 1847.
- Hamilton. — Abscess du septum uréthro-vaginal. British med. Journ., 1881.
- Cory. — Obstetrical Transaction, t. XI, 1870.
- L. Tait. — The Lancet, 30 octobre 1876, t. II, p. 625.
- Herman. — Société obstétricale de Londres, 7 juillet 1886.
- Labusquière. — Annales de gynécologie, 1886.
- Ar. Routh. — Diverticules urétraux. British medical Journal, 15 février 1890.
- Pozzi. — Traité clinique et opératoire de gynécologie, Paris, 1892.
- A. Auvar. — Traité pratique de gynécologie, Paris, 1892.
- Aug. Martin. — Traité pratique des maladies des femmes, 2^e édition allemande, traduction Vernier et Weiss.
- Tillaux. — Anatomie topographique, 6^e édition.
- Quenu et Picqué. — Art. URÈTRE. Dict. sciences médicales.
- Robin et Cadiat. — Journal de l'anatomie et de physiologie.
- Piedpremier. — Thèse, Paris, 1887-1888.
- Priestley. — Archiv. génér. de méd., 1880, t. II, p. 22.
- Priesley. — British med. Journ., 1869, t. VII.
- Duplay. — Poche urineuse de l'urètre chez la femme, Gazette des hôpitaux, 1888.
- Nicaise. — Thèse Mouton, Paris, 1876.
- Duplay. — Contribution à l'étude des maladies de l'urètre chez la femme, Ann. gynécologiques, 1880.
-

TABLE

PRÉFACE.	5
INTRODUCTION. — Historique	7
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie de l'urètre et de la cloison urétro-vaginale.	10
CHAPITRE II. — Définition et étiologie.	14
CHAPITRE III. — Symptômes et pronostic.	16
CHAPITRE IV. — Diagnostic et traitement.	20
CHAPITRE V. — Pathogénie	23
OBSERVATIONS	29
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	51

